

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**М.В. Завьялова, С.В. Вторушин, И.Л. Пурлик, Ю.М. Падеров,
Н.В. Крахмаль, Н.С. Телегина, В.Е. Попова, А.В. Завьялов,
А.А. Андрейченко, М.П. Колчина**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

для студентов лечебного и педиатрического факультетов

Томск
Издательство СибГМУ
2024

УДК 616-091(075.8)
ББК 52.51я73
К 493

Авторы:

М.В. Завьялова, С.В. Вторушин, И.Л. Пурлик, Ю.М. Падеров, Н.В. Крахмаль,
Н.С. Телегина, В.Е. Попова, А.В. Завьялов, А.А. Андрейченко, М.П. Колчина

Клиническая патологическая анатомия: учебное пособие
К 493 для студентов лечебного и педиатрического факультетов / М.В. Завьялова [и др.]. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2024. – 51 с.

Учебное пособие разработано по дисциплине «Клиническая патологическая анатомия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия».

В пособии изложены основные принципы организации патологоанатомической службы Российской Федерации, приведены требования к проведению патологоанатомического вскрытия. Пособие содержит материал, отражающий современные подходы в методологии формулировки диагноза, использовании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, заполнением медицинских свидетельств о смерти.

Для каждого практического занятия приведены вопросы для самоконтроля. Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемого материала, позволяя организовать, систематизировать и конкретизировать учебный процесс.

УДК 616-091(075.8)
ББК 52.51я73

Рецензент:

Е.Ю. Варакута – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой нормальной анатомии с курсом топографической анатомии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 1 от 31 августа 2023 г.).

© Макет издательства СибГМУ, 2024
© М.В. Завьялова, С.В. Вторушин, И.Л. Пурлик, Ю.М. Падеров, Н.В. Крахмаль,
Н.С. Телегина, В.Е. Попова, А.В. Завьялов, А.А. Андрейченко, М.П. Колчина, 2024

ТЕМА 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен иметь представление о целях, задачах и принципах организации патологоанатомической службы Российской Федерации, ее роли в системе здравоохранения; усвоить требования к проведению патологоанатомических вскрытий.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Цели и задачи патологоанатомической службы

1. Улучшение прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсий и операционного материала, а также по данным вскрытий умерших больных.
2. Обеспечение достоверных данных о причинах смерти в органах государственной статистики.
3. Повышение квалификации работников, оказывающих медицинскую помощь больным.

Решение основных задач патологоанатомической службой осуществляется путем:

- 1) определения характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале;
- 2) выявления острозаразных заболеваний;
- 3) установления причины и механизма смерти больного с выявлением нозологии и этиологии заболевания;
- 4) анализа качества диагностической и лечебной работы, ведения медицинской документации, сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов;
- 5) анализа и обобщения материалов с обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц, органах здравоохранения.

Организация патологоанатомической службы в Российской Федерации

Патологоанатомическое отделение (ПАО) организуется в составе многопрофильных больниц и диспансеров, является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

По решению городских органов здравоохранения могут быть организованы централизованные ПАО объединенные городские прозекутуры по обслуживанию городских больниц. Централизованные ПАО являются структурными подразделениями больницы, на базе которой развернута объединенная прозекутура. Обеспечение необходимых условий функционирования отделения, комплектация медицинскими кадрами, материально-техническое оснащение, хозяйственное обеспечение лежит на руководстве базового ЛПУ.

В крупных областях и национальных округах Российской Федерации созданы патологоанатомические бюро, которые непосредственно подчиняются областным, краевым или республиканским (отделам (министерствам) здравоохранения). Бюро находятся на бюджете соответствующего органа здравоохранения (облздрав, минздрав), являются независимыми патологоанатомическими структурами с правами юридического лица, имеют гербовую печать, штамп, соответствующие структурные подразделения: планово-экономическую службу, административно-хозяйственную, транспортную и т.д. Руководство деятельностью бюро осуществляется начальником бюро, назначенным руководителем соответствующего органа здравоохранения.

Нормативные документы

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ст. 64, ст. 67).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.07.2013 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 апреля 2021 г. № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 179 от 24.03.2016 г. «О правилах проведения патологоанатомических исследований».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 158н от 25.03.2019 г. «О внесении изменений в Правила проведения патологоанатомических исследований, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 г. № 179н».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 131н от 14.03.2018 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-патологоанатом».

Перечень медицинской документации ПАО

- Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших, форма № 015/у.
- Протокол патологоанатомического вскрытия, форма № 013/у.
- Протокол патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного, форма № 013-1/у.
- Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала, форма № 014/у.
- Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала, форма № 014-1/у.
- Журнал регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов прижизненных патологоанатомических исследований, форма № 014-2/у.
- Медицинское свидетельство о смерти, форма № 106/у.
- Медицинское свидетельство о перинатальной смерти, форма № 106-2/у.

Основные разделы работы ПАО

1. Проведение патологоанатомического вскрытия.
2. Исследование биопсийного и операционного материала.
3. Проведение клинико-анатомических конференций
4. Участие в работе врачебно-контрольных комиссий.

Положение о патологоанатомическом вскрытии

1. Порядок проведения и отмены патологоанатомического вскрытия устанавливается в соответствии со статьями 64 и 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и регулирует вопросы проведения па-

тологоанатомических вскрытий в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, связанной с выполнением работ и оказанию услуг по специальности «патологическая анатомия», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.07.2013 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

2. Правовой основой проведения патологоанатомических вскрытий являются Конституция Российской Федерации, Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ, а также иные нормативные правовые акты Российской Федерации.

3. Патологоанатомическое вскрытие – посмертное патологоанатомическое исследование, включающее в себя анализ первичной медицинской документации, выполнение собственно патологоанатомического вскрытия, макроскопического и патогистологического исследований тела, внутренних органов и тканей умершего человека с целью установления причин смерти, патологоанатомического диагноза, выявлению дефектов оказания медицинской помощи и проведения клинико-анатомического анализа.

4. После констатации биологической смерти тело умершего доставляется в патологоанатомическое отделение согласно территориальному прикреплению, определяемому органами управления здравоохранения на местах для сохранения или последующего патологоанатомического вскрытия. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правилами определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09 2012 г. № 950.

5. Направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия – дежурный врач.

6. В случае наступления смерти вне медицинской организации направление на патологоанатомическое вскрытие, организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, медицинской организации,

осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.

7. Патологоанатомические вскрытия осуществляются врачами соответствующей квалификации, имеющими специальную подготовку по профилю «патологическая анатомия» в соответствии с действующими нормативными документами.

8. Патологоанатомическое вскрытие или отказ от него проводятся по письменному распоряжению руководителя медицинской организации в соответствии с п. 3 ст. 67 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. Патологоанатомическое вскрытие производится в сроки до 3-х суток после констатации биологической смерти.

Отмена вскрытия не допускается при

1) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

2) оказании умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

3) подозрении на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

4) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

5) рождении мертвого ребенка;

6) необходимости судебно-медицинского исследования.

Направляемое в ПАО тело умершего, должно быть тщательно маркировано. Бирка из плотного картона или клеенки с указанием Ф.И.О. больного, № истории болезни, названия отделения и ЛПУ фиксируется к правой лодыжке умершего.

Перечень и требования к оформлению документов, необходимых для проведения патологоанатомического вскрытия

1. Сопроводительный лист (направление), в котором указывается наименование ЛПУ, отделение, Ф.И.О. и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода), дата и время наступления смерти (мертворождения), Ф.И.О. и должность медицинского работника (врача или фельдшера), оформившего сопроводительный лист.

2. Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного, содержащая:

- законченные дневниковые записи с установлением факта, времени и механизма наступления смерти,
- подлинники результатов всех проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований (рентгенограммы, ЭКГ, УЗИ, лабораторные анализы и т.д.),
- карты анестезиологических и реанимационных пособий,
- протоколы оперативных вмешательств,
- заключительный клинический диагноз с датой его установления и указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-Х,
- развёрнутый посмертный эпикриз.

Медицинская карта должна быть подписана заведующим клиническим отделением, лечащим врачом и иметь визу уполномоченного сотрудника медицинской организации с указанием цели направления в патологоанатомическое отделение (организацию): «на патологоанатомическое вскрытие, без вскрытия на сохранение».

3. Если смерть наступила вне стационара, прилагается протокол осмотра трупа сотрудниками территориального отделения милиции об отсутствии признаков насильственной смерти.

Порядок проведения патологоанатомического вскрытия

1. Перед началом вскрытия врач-патологоанатом изучает предоставленную медицинскую документацию, при необходимости требует уточнения и разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента. Время проведения вскрытия

назначается врачом-патологоанатомом после ознакомления с сопроводительными документами.

2. На патологоанатомическое вскрытие приглашаются врачи, принимавшие участие в обследовании и лечении пациента и заведующий отделением организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти.

3. Патологоанатомическое вскрытие включает в себя: осмотр трупа, вскрытие и исследование полостей тела, извлечение органокомплекса, изучение органов и тканей, взятие материала для гистологического и других дополнительных исследований.

4. Патологоанатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и максимальным сохранением его анатомических форм, не допускается обезображивание трупа.

5. При проведении патологоанатомического вскрытия гистологические, биохимические, бактериологические, вирусологические и другие необходимые исследования отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях верификации диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.

6. При выявлении во время патологоанатомического вскрытия признаков насильственной смерти или подозрений на неё вскрытие прекращается до принятия решения о проведении судебно-медицинского исследования трупа в установленном порядке.

7. При подозрении или обнаружении в ходе вскрытия признаков особо опасных инфекционных и вирусных болезней патологоанатомическое вскрытие осуществляется с соблюдением требований санитарных правил и иных нормативных документов, регулирующих организацию противозидемического режима и обеспечение безопасности работы с микроорганизмами III–IV групп патогенности в медицинских организациях.

8. При подозрении или обнаружении в ходе вскрытия признаков смерти от особо опасных инфекционных и вирусных болезней врач-патологоанатом сообщает об этом руководителю медицинской организации, который информирует руководителей соответствующего органа управления здравоохранением и органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора в установленном порядке.

9. Изъятие органов и тканей трупа для иных целей, не относящихся к предмету патологоанатомического исследования, регулируется Законом Российской Федерации.

10. Патологоанатомический диагноз и медицинское свидетельство о смерти оформляются в течение первых суток после проведения патологоанатомического вскрытия;

11. Патологоанатомическое исследование материалов вскрытия с использованием необходимого комплекса дополнительных исследований (гистологических, гистохимических, иммуногистохимических, бактериологических, вирусологических, электронно-микроскопических, биохимических и др.) и окончательное оформление протокола вскрытия должны быть завершены не позднее 30 суток после его выполнения.

По окончании этапов проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом оформляет форму учетной медицинской документации № 013/у «Протокол патологоанатомического вскрытия» или форму учетной медицинской документации № 013/у-1 «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного» (приложения № 2–3 к настоящему приказу).

Не позднее тридцати суток после завершения проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом осуществляет окончательное оформление протокола патологоанатомического вскрытия, а также вносит в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка медицинскую карту амбулаторного пациента) патолого-анатомический диагноз и клинико-патолого-анатомический эпикриз.

Копия протокола патологоанатомического вскрытия вносится в медицинскую документацию умершего – медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента), которая возвращается в медицинскую организацию.

Архив материалов, полученных по результатам патологоанатомических вскрытий, формируется в медицинской организации, проводящей патолого-анатомическое вскрытие и включает:

- биологические материалы;
- гистологические препараты;
- протоколы патологоанатомических вскрытий.

Биологические материалы, полученные при проведении патологоанатомических вскрытий, хранятся в 10% растворе нейтрального формалина в архиве патолого-анатомического бюро (отделения) до окончания гистологического исследования и установления патологоанатомического диагноза.

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках хранятся в архиве патологоанатомического бюро (отделения) в течение трех лет.

Протокол патолого-анатомического вскрытия хранится в архиве медицинской организации, в которой проводится патологоанатомическое вскрытие, в течение срока хранения медицинской карты стационарного больного (медицинской карты родов, медицинской карты новорожденного, истории развития ребенка, медицинской карты амбулаторного больного) (сроки хранения первичной медицинской документации, в частности медкарты, учреждений здравоохранения составляет 25 лет (письмо Минздрава РФ № 13-2/1538 от 07.12.2015)).

Выдача гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия производится по письменному запросу органов дознания, следствия, суда. Сведения об этом фиксируются записью в журнале, которая должна содержать:

- дату выдачи гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия;
- сведения об умершем;
- реквизиты письменного запроса органов дознания, следствия, суда;
- сведения о лице, которому выданы гистологические препараты, биологические материалы в парафиновых блоках и копии протоколов патологоанатомического вскрытия и его подпись;
- сведения о работнике, который произвел выдачу гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия и его подпись;
- отметку о возвращении гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках.

Медицинские отходы, образовавшиеся в результате проведения патолого-анатомического вскрытия, включая гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках, по истечении срока утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 9 декабря 2010 г. № 163 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2011 г., регистрационный № 19871).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Цели и задачи патологоанатомической службы.
2. Перечень медицинской документации ПАО.
3. Основные разделы работы ПАО.
4. Положение о патологоанатомическом вскрытии.
5. Случаи, когда отмена патологоанатомического вскрытия не допускается.
6. Сопроводительная документация при направлении на патолого-анатомическое вскрытие.

ТЕМА 2

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен освоить принципы формулировки и оформления окончательного диагноза.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Понятие о патологоанатомическом диагнозе

Патологоанатомический диагноз представляет собой медицинское заключение о сущности заболевания, отражающее его нозологию, этиологию, патогенез, морфофункциональные проявления, выраженное в терминах, предусмотренных в Международной классификации болезней и причин смерти (МКБ).

Требования к оформлению заключительного клинического и патологоанатомического диагноза

Строгое соблюдение нозологического принципа. Каждый диагноз должен начинаться с обозначения конкретной нозологической единицы, подмена которой наименованием клинического синдрома, патологического процесса, непосредственной причины смерти недопустима. Не допускается подмена нозологической единицы термином, обозначающим родовое понятие или класс заболевания. Например, ИБС, ЦВБ без дополнительной расшифровки вида этой патологии.

Диагноз должен в максимальной степени отражать этиологию и патогенез заболевания. Полноценность диагноза предусматривает наличие информации о стадии процесса, топике основных болезненных изменений, индивидуальных особенностей течения болезни, ее морфологических проявлениях.

Диагноз должен быть:

- **нозологическим** (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы (нозологической единицы), если это невозможно – синдрома);

- **соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней** (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10, рекомендациям ВОЗ (МКБ-10, т. 2), а также добавленным рубрикам в соответствии с обновлениями ВОЗ 1996–2014 гг. (письмо Минздрава России от 05 декабря 2014 г. № 13-2/1664);
- **развернутым**, содержать дополнительную (интранозологическую) характеристику патологических процессов (клинико-анатомическая форма страдания, тип течения, степень активности, стадия, функциональные нарушения), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;
- **этиологическим и патогенетическим** (если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет);
- **структурно оформленным – рубрифицированным** (разделенным на унифицированные рубрики);
- фактически и логически **обоснованным** (достоверным);
- **своевременным и динамичным** (в большей мере это касается заключительного клинического диагноза).

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является **нозологический**. Согласно Приказу Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001»:

Нозологическая форма (единица) – это совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общими этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Синдром – это состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общими патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих вместе с тем и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Заболевание – это возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособно-

сти, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Состояние – это изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате диагностики, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и/или контроля за осуществлением этих мероприятий.

Функции диагноза

- Медицинская: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза развития заболевания.
- Социальная: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи).
- Экономическая: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).
- Статистическая: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения.

Заключительный диагноз включает в себя три рубрики: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания.

Нерубрифицированные заключительный клинический, патолого-анатомический или судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению.

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как **неверно оформленный**.

Рубрики заключительного диагноза

Основное заболевание — это нозологическая единица, которая непосредственно, либо через свои осложнения, связанные с ней патогенетически, послужило причиной смертельного исхода. Если за время пребывания в лечебном учреждении у больного развилось новое, острое заболевание, патогенетически не связанное с предсуществующим и явившееся причиной смерти, то именно оно учитывается как основное.

При решении вопроса об основном заболевании в заключительном диагнозе профиль лечебного учреждения и первоначальная причина госпитализации не учитываются.

При наличии у больного многих болезней, имеющих разную степень выраженности и находящихся в различных сочетаниях между собой, рекомендуется на первом месте указывать то из заболеваний, которое с наибольшей степенью вероятности явилось основным. При этом отдается предпочтение:

- 1) нозологической форме, наиболее вероятно послужившей первоначальной причиной смерти;
- 2) наиболее тяжелой по характеру течения и последствиям нозологической форме и ее осложнениям;
- 3) учитывается наиболее вероятное по частоте летальных исходов заболевание.

Коморбидность — это множественность причин смерти. При невозможности выделения какой-либо одной нозологической формы из нескольких ведущих заболеваний, диагноз оформляется в форме **комбинированного основного заболевания**. Вариантами комбинированного основного заболевания являются:

- **конкурирующие заболевания** — две и более нозологические формы, которые сами по себе в отдельности могли бы привести к смерти больного. Их одновременное развитие, резко утяжеляя состояние больного и течение болезней, ускоряет наступление летального исхода;

- **сочетанные заболевания** – две и более нозологические формы, которые, взятые в отдельности не являются в данный момент смертельными, но развиваясь одновременно, в совокупности, через общие осложнения, привели к смертельному исходу;
- **основное и фоновое заболевание** – под фоновым заболеванием понимается самостоятельная нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении заболевания, поставленного во главу диагноза и способствовала развитию смертельных осложнений.

При коморбидности в случае летального исхода, как и в заключительном клиническом диагнозе, при прочих равных условиях предпочтение имеет и выставляется в диагнозе в рубрику **«Основное заболевание»**:

- нозологическая форма, имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим);
- нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;
- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.);
- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям;
- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

Не допускается

➤ **Указывать в рубрике «Основное заболевание»** нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику «Сопутствующие заболевания»).

- Указывать в рубриках «Основное заболевание», «Коморбидные заболевания» и «Сопутствующие заболевания» только групповые (родовые) понятия, например, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания, без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга»).
- В патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы.
- Употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие), хотя и это нежелательно.
- Указывать в рубрике «Основное заболевание» нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику «Сопутствующие заболевания»).
- Указывать в рубриках «Основное заболевание», «Коморбидные заболевания» и «Сопутствующие заболевания» только групповые (родовые) понятия, например, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания, без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга»).
- В патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы.
- Употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие), хотя и это нежелательно.

Условия, при которых гипертоническая болезнь фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание

1) если больные, страдающие эссенциальной артериальной гипертензией, умирают от прогрессирующей недостаточности кровообращения в связи с декомпенсацией гипертрофированного миокарда, при условии отсутствия документально подтвержденных признаков стенокардии, инфаркта миокарда, кардиомиопатий, миокардита, пороков сердца и др.;

2) в случаях смерти от нарастающей почечной недостаточности, вызванной артериолосклеротическим нефросклерозом.

Условия, при которых сахарный диабет фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание

В случаях смерти от:

- 1) диабетической комы,
- 2) диабетической гангрены конечностей,
- 3) нарастающей почечной недостаточности, вызванной диабетическим нефросклерозом.

Условия, при которых атеросклероз фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание

В случаях смерти от:

- 1) кровотечения при разрыве атеросклеротической аневризмы аорты,
- 2) атеросклеротической гангрены нижних конечностей.

Сепсис является основным заболеванием только в случаях, если входные ворота не установлены, то есть он является криптогенным.

Инфаркт миокарда, острая коронарная недостаточность, как проявление ИБС, ***инфаркт и кровоизлияние в мозг***, как проявление ЦВБ, всегда являются основными заболеваниями.

Осложнения – это патологические процессы, развитие которых патогенетически связано с основным заболеванием или проводимым лечением. Выделяют:

1. Осложнения болезни.
2. Осложнения лечения: а) лекарственной терапии; б) оперативного лечения (интраоперационные, послеоперационные).
3. Осложнения диагностических манипуляций.
4. Осложнения реанимации.

В рубрику осложнения лечения выносятся патологические процессы, развившиеся вследствие проведения медицинских манипуляций и(или) лечебных мероприятий, предпринятых на основании верно определенных показаний, осуществленных технически правильно, а неблагоприятное влияние их было связано с обстоятельствами, предусмотреть которые заранее было нельзя (индивидуальная непереносимость, анатомические особенности, тяжесть состояния больного).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия

Их перечень с указанием времени проведения указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания».

Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, – это особый вид ятрогенных патологических процессов, и они указываются в этой же подрубрике диагноза.

Сопутствующие заболевания – это нозологические формы и синдромы, этио- и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не играющие существенной роли в танатогенезе.

Ятрогении – это витально опасные или летально завершившиеся патологические процессы, развившиеся в результате диагностических или лечебных мероприятий. Ятрогении рекомендуется определять, как самостоятельные нозологические формы и располагать их в диагнозе в соответствии с их ролью в пато- и танатогенезе. Ятрогения должна фигурировать в качестве основного заболевания, если лечение проводилось по ошибочному диагнозу, фактически не по показаниям, или осуществлялось методически или технически неверно.

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях.

Статистика причин смерти учитывает первоначальную и непосредственную причину смерти.

Понятие ***первоначальной причины смерти*** является аналогом понятия ***основного*** заболевания.

Понятие ***непосредственной причины смерти*** является аналогом ***смертельного осложнения*** основного заболевания.

Сопутствующие заболевания, поскольку они **не способствуют смерти**, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, **в статистике причин смерти не используются.**

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие требования предъявляются к формулировке диагноза?
2. Что такое основное заболевание?
3. Виды комбинированного основного заболевания.
4. В каких случаях ятрогения является основным заболеванием?
5. Понятие об осложнениях.
6. Понятие о сопутствующих заболеваниях.

ТЕМА 3

СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ. ФОРМЫ КОМИССИОННОГО КЛИНИКО- АНАТОМИЧЕСКОГО РАЗБОРА СЛУЧАЕВ: КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ, ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНЫЕ КОМИССИИ, КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен усвоить основные принципы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов; знать формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев и принципы деятельности комиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных комиссий, клинико-анатомических конференций.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза завершает клинико-патологоанатомический разбор секционного случая и входит в функциональные обязанности патологоанатома. Задачей сличения диагнозов является установление истинности, полноты и своевременности клинической диагностики, своевременности и адекватности лечения, а значит, дает возможность контролировать лечебно-диагностический процесс, способствовать повышению квалификации лечащих врачей, выявляет слабые звенья организации медицинской помощи в ЛПУ.

Для выявления расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи производится сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза в части установленных: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний.

Правила сличения клинического и патологоанатомического диагноза

1. Сличению подлежит только заключительный клинический диагноз, вынесенный на титульный лист медицинской карты стационарного больного.
2. Сличению подлежат все составляющие рубрик заключительного клинического диагноза.
3. На основании сличения диагнозов устанавливается совпадение или расхождение диагнозов.
4. При совпадении диагнозов определяется своевременность установления прижизненного диагноза и адекватность назначенного лечения.
5. Расхождением диагнозов следует считать несовпадение основного заболевания (любой из конкурирующих, сочетанных или фоновых нозологических единиц):
 - по нозологическому принципу, то есть по сущности и характеру патологического процесса;
 - по локализации;
 - по этиологическому признаку.

Расхождение диагнозов выставляется также и при неправильной формулировке заключительного клинического диагноза, когда:

- заключительный клинический диагноз не рубрифицирован;
 - заключительный клинический диагноз сформулирован редуцированно, лишен логики, не отражает последовательности событий и не информативен;
 - заключительный клинический диагноз сформулирован с использованием терминов и формулировок, не имеющих аналогов в Международной классификации болезней, вследствие чего не поддается кодированию.
6. Случай несвоевременной (поздней) диагностики основного заболевания следует расценивать как расхождение диагнозов по основному заболеванию и выяснять причину поздней диагностики заболевания.

Категории расхождения диагнозов

При клинико-патологоанатомическом анализе каждого случая несовпадения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов врач-патологоанатом обязан определить категорию и причину расхождения, при этом недопустимо указывать одновременно несколько причин расхождения диагнозов.

Категория расхождения диагноза указывает на объективную возможность правильной прижизненной диагностики в данной медицинской организации и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

I категория расхождения диагноза – в данной медицинской организации установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей, и ошибка уже не повлияла на исход заболевания; нередко заболевание не было распознано на предыдущих этапах обращения за медицинской помощью.

II категория расхождения диагноза – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен, но заболевание не было распознано в связи с объективными или субъективными причинами. Ошибка диагностики существенно не повлияла на исход заболевания.

III категория расхождения диагноза – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен; диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Причины расхождения диагнозов подразделяют на две группы – объективные и субъективные.

Объективные причины:

- 1) тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного;
- 2) кратковременность пребывания больного в медицинской организации;
- 3) трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данной медицинской организации, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз.

Субъективные причины:

- 1) недостаточное обследование больного;
- 2) недоучёт клинических, анамнестических данных;
- 3) неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования;
- 4) недоучёт или переоценка заключения врачей-консультантов;

- 5) неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

Сведения о расхождении заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи вносятся врачом-патологоанатомом в протокол патолого-анатомического вскрытия и направляются в медицинскую организацию, врач (фельдшер) которой выдал направление на патолого-анатомическое вскрытие.

Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев

Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) создаются при всех ЛПУ для анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при изучении летальных исходов. Изучению на КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов. Председатель КИЛИ назначается главным врачом из числа наиболее опытных специалистов. Постоянными членами КИЛИ являются все заведующие отделениями данного ЛПУ. Непостоянные участники КИЛИ – рецензенты, лечащие врачи, консультанты, работники параклинических служб.

При несовпадении заключения рецензента и патологоанатома, а также при наличии убедительных аргументированных возражений членов комиссии, возможны следующие решения:

- 1) случай передается на рассмотрение ЛКК;
- 2) возвращается в ПАО для повторного анализа и вновь рассматривается на очередном заседании КИЛИ.

Краткое заключение по каждому случаю, рассмотренному на заседаниях КИЛИ, вклеивается в историю болезни, результаты работы комиссии представляются администрации больницы, а о мерах, принятых администрацией по рекомендациям КИЛИ, ее председатель информирует членов комиссии на очередном заседании.

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК) – являются коллективными органами контроля над качеством лечебно-диагностического процесса. ЛКК возглавляются руководителем медицинского учреждения. Председатель ЛКК назначает постоянного секретаря комиссии и постоянных членов – наиболее авторитетных специалистов данного лечебного учреждения.

На ЛКК обсуждаются:

1. Все случаи ошибок клинической диагностики 3 категории, все летальные осложнения ятрогений, а также наблюдения, оставшиеся спорными после их обсуждения на КИЛИ.
2. Систематически повторяющиеся ошибки лечебно-диагностического процесса требующие принятия административных мер и углубленного диагноза.

В случае несогласия патологоанатома с заключением рецензента и членов комиссии случай переносится для обсуждения на клинко-анатомической конференции, что фиксируется в журнале ЛКК, а решение комиссии доводится до сведения врачебного коллектива лечебного учреждения.

Клинко-анатомические конференции

Основные задачи:

1. Повышение квалификации врачей ЛПУ и улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и анализа клинических и патологоанатомических данных.
2. Выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков в работе вспомогательных служб.

На клинко-анатомических конференциях обсуждаются:

- 1) наблюдения, представляющие научно-практический интерес для широкого круга специалистов;
- 2) редкие и необычно протекающие заболевания;
- 3) случаи смерти больных после диагностических хирургических и терапевтических вмешательств;
- 4) типовые ошибки и осложнения диагностических и лечебных мероприятий, случаи запоздалой диагностики, неясные и трудные для диагностики случаи;
- 5) случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза заболеваний.

Главные врачи ЛПУ обязаны предоставить материалы и медицинские документы, необходимые для проведения клинко-анатомической конференции. Одна из конференций в первом квартале года должна быть посвящена анализу деятельности ПАО. На конференции обязаны присутствовать все врачи как данного, так и других ЛПУ, принимавшие участие в обследовании и лечении больного.

Подготовка очередной конференции осуществляется заместителем главного врача по лечебной работе и заведующим ПАО. Повестка конференции доводится до сведения врачей не позднее 7 дней до даты ее проведения.

Руководство проведением конференции осуществляется сопредседателями, один из которых назначается из числа наиболее авторитетных клиницистов, второй – руководитель ПАО. Ход конференции протоколируется секретарем.

Клиническая часть докладывается лечащим врачом, патологоанатомический раздел – патологоанатомом, проводившим исследование умершего. Рецензенты представляют свои данные о характере течения заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения, оценивают качество ведения медицинской документации. Завершается конференция выступлением сопредседателей с подведением итогов данного заседания.

Администрация ЛПУ на основании материалов, выводов и предложений клинико-анатомической конференции разрабатывает и осуществляет мероприятия по устранению выявленных недостатков в организации медицинской помощи больным.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Основные принципы сличения окончательного клинического и патологоанатомического диагнозов.
2. Что относится к объективным причинам расхождения диагнозов?
3. Что относится к субъективным причинам расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов?
4. Принципы деятельности комиссий по изучению летальных исходов.
5. Принципы деятельности лечебно-контрольных комиссий.
6. Принципы деятельности клинико-анатомических конференций.

ТЕМА 4

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен освоить правила оформления медицинского свидетельства о смерти.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Медицинское свидетельство о смерти

Медицинское свидетельство о смерти оформляется согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 апреля 2021 г. № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия отражается в учетной форме № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти» или в учетной форме № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», которые утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. № 782н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г., регистрационный № 13055), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2012 г., регистрационный № 23490).

Медицинское свидетельство о смерти оформляется

- После патологоанатомического вскрытия — **врачом-патолого-анатомом.**
- После проведения судебно-медицинской экспертизы или судебно-медицинского исследования трупа — **врачом-судебно-медицинским экспертом.**

- В иных (исключительных) случаях на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации – **врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть.**
- Во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за пациентом – **лечащим врачом.**

Медицинское свидетельство о смерти выдается:

- супругу;
- близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям, родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам);
- а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам по их требованию.

Медицинское свидетельство о смерти выдается в течение суток с момента установления причины смерти медицинской организацией (в том числе являющейся государственным судебно-экспертным учреждением), индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, или иным полномочным лицом в установленном федеральным законом случае. Медицинское свидетельство о смерти выдается медицинской организацией в каждом случае смерти.

Является основанием для государственной регистрации смерти органами записи актов гражданского состояния в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об актах гражданского состояния.

Оформляется на бумажном носителе или с согласия получателя формируется в форме электронного документа.

Оформление на бумажном носителе

- Осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность получателя, или документов, удостоверяющих личность получателя и подтверждающих его полномочия.
- Записи вносятся чернилами или шариковой ручкой синего, или черного цвета, четко, разборчиво, без сокращений и исправлений.
- Допускается оформление на бумажном носителе с использованием компьютерных технологий.

- Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью медицинского работника, оформившего медицинское свидетельство о смерти и печатью медицинской организации (при наличии).
- Внесение более 2 исправлений в медицинское свидетельство не допускается.
- Неправильно оформленные медицинские свидетельства о смерти и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и хранятся в медицинской организации.

Согласие получателя на оформление медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа

- Оформляется в виде документа на бумажном носителе в простой письменной форме, подписанной получателем и медицинским работником медицинской организации.
- Либо формируется в виде документа в электронной форме с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (Единая система), а также посредством информационных систем, подписанного получателем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником медицинской организации с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.
- В информационную систему вносятся сведения о документе, удостоверяющем личность, и о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) получателя в целях направления медицинского свидетельства о смерти в электронной форме в личный кабинет получателя на Едином портале государственных и медицинских услуг (ЕПГУ).
- В случае, если информация о СНИЛС получателя отсутствует, медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (Единая система) в Пенсионный фонд Российской Федерации с целью получения информации о СНИЛС получателя.
- В случае, если в ответ на запрос информация о СНИЛС получателя из Пенсионного фонда РФ не получена, медицинская организация уведомляет об этом получателя по электронной почте и (или) по-

средством телефонной связи и в течение суток выдает ему медицинское свидетельство о смерти, оформленное на бумажном носителе.

- В случае формирования медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа корешок медицинского свидетельства не формируется.
- Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа формируется при условии наличия сведений о медицинском работнике, осуществляющем формирование медицинского свидетельства о смерти в федеральном реестре медицинских работников Единой системы, а также при наличии сведений о медицинской организации, которая формирует медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа, в федеральном реестре медицинских работников Единой системы.
- Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа в день его формирования направляется медицинской организацией посредством информационной системы на регистрацию в федеральный реестр электронных медицинских документов (РЭМД) Единой системы и подлежит автоматической проверке на соответствие учетной форме №106/у, а также проверке на достоверность и актуальность содержащихся в нем сведений о медицинской организации и медицинском работнике медицинской организации.
- Сведения в медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа вносятся при его формировании с использованием информационной системы.

Серия и перечень номеров медицинских свидетельств о смерти, оформляемых (формируемых) медицинскими организациями, находящимися на территории субъекта Российской Федерации

- Определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья на календарный год.
- Серия включает в себя кодовое значение субъекта Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором объектов административно-территориального деления.
- Нумерация медицинским свидетельств о смерти должна быть сквозной, количество знаков в номере должно состоять из девяти разрядов, старший разряд является цифровым обозначением формы медицинского свидетельства о смерти («1» – в форме электронного документа, «2» – на бумажном носителе).

- При оформлении на бумажном носителе проставление серии и номера медицинского свидетельства о смерти осуществляется медицинской организацией.
- При формировании в виде электронного документа медицинскому свидетельству о смерти присваивается серия и номер в автоматическом режиме с использованием информационной системы
- Дублирование сочетания серии и номера медицинского свидетельства о смерти не допускается.

Запрещается оформление медицинского свидетельства о смерти **заочно**, без личного установления медицинским работником факта смерти.

Правила оформления (формирования) медицинского свидетельства о смерти

- Сведения должны быть внесены во все его пункты.
- Если внесение невозможно ввиду отсутствия сведений, делается запись «не установлено».
- Указывается полное наименование медицинской организации, номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности, адрес места нахождения медицинской организации и код по Общероссийскому классификатору предприятий и организаций (ОКПО).
- В случае оформления (формирования) индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, вписывается его Ф.И.О., адрес регистрации по месту жительства.
- В **пунктах 1-3, 8, 15** делаются записи в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего лица.
- В **пункте 1** указывается Ф.И.О. умершего лица по данным документа, удостоверяющего личность, в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет, – на основании свидетельства о рождении. Если указанные сведения отсутствуют, делается запись «неизвестно».
- В **пункте 2** указывается пол умершего лица – мужской или женский.
- В **пункте 3** указывается дата рождения умершего лица (число, месяц, год). В случае, если дата рождения неизвестна, во всех пунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения, он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки.

При оформлении в форме электронного документа допускается использование букв «ХХ» вместо неизвестных сведений.

- В **пункте 4** указывается документ, удостоверяющий личность умершего лица, его реквизиты: серия, номер, кем и когда выдан. При отсутствии указанных сведений делается запись «неизвестно».
- В **пункте 5** указывается СНИЛС умершего лица. При оформлении на бумажном носителе при отсутствии сведений о СНИЛС делается запись «неизвестно» или ставится прочерк.
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о СНИЛС в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса ОМС в **пункте 5** делается запись «неизвестно».
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о СНИЛС при отсутствии сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса ОМС медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы в Пенсионный фонд РФ с целью получения информации о СНИЛС умершего лица.
- В случае, если в ответ на запрос информация о СНИЛС умершего лица не получена из Пенсионного фонда РФ, в **пункте 5** делается запись «неизвестно».
- В **пункте 4** указывается документ, удостоверяющий личность умершего лица, его реквизиты: серия, номер, кем и когда выдан. При отсутствии указанных сведений делается запись «неизвестно».
- В **пункте 5** указывается СНИЛС умершего лица. При оформлении на бумажном носителе при отсутствии сведений о СНИЛС делается запись «неизвестно» или ставится прочерк.
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о СНИЛС в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса ОМС в **пункте 5** делается запись «неизвестно».
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о СНИЛС при отсутствии сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса ОМС медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы в Пенсионный фонд РФ с целью получения информации о СНИЛС умершего лица.

- В случае, если в ответ на запрос информация о СНИЛС умершего лица не получена из Пенсионного фонда РФ, в пункте 5 делается запись «неизвестно».
- В **пункте 6** указывается номер полиса ОМС умершего лица.
- При оформлении на бумажном носителе при отсутствии сведений о полисе ОМС делается запись «неизвестно» или ставится прочерк.
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о полисе ОМС в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о СНИЛС в пункте 6 делается запись «неизвестно».
- При оформлении в форме электронного документа при отсутствии сведений о полисе ОМС при отсутствии сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса СНИЛС медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы в Пенсионный фонд РФ с целью получения информации о СНИЛС умершего лица.
- В случае, если в ответ на запрос информация о полисе ОМС умершего лица не получена из Пенсионного фонда РФ, в пункте 6 делается запись «неизвестно».
- В **пункте 7** указывается дата смерти умершего лица (число, месяц, год и время смерти в соответствии с первичной медицинской документацией медицинской организации, а если дата смерти неизвестна, ставится прочерк.
- В **пункт 8** вносятся сведения в соответствии с отметкой о месте жительства, сделанной в документе, удостоверяющем личность, или на основании иного документа, удостоверяющего регистрацию умершего лица по месту пребывания, месту жительства.
- В отношении умерших несовершеннолетних, не достигших 14 лет, или граждан, находящихся под опекой, в случае отсутствия документа, удостоверяющего их регистрацию или место пребывания, местом жительства признается место жительства их законных представителей – родителей, усыновителей или опекунов.
- При отсутствии документа, удостоверяющего личность, или иного документа, удостоверяющего регистрацию или место пребывания, делается запись «неизвестно».

- В *пункте 9* указывается принадлежность населенного пункта, в котором находится место жительства, к городской или сельской местности
- В *пункте 10* указывается место смерти.
- В *пункте 11* указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности.
- В *пункте 12* отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в автомобиле скорой медицинской помощи, в медицинской организации, дома, в образовательной организации или в другом месте.
- В *пункте 13* указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок – доношенным (при сроке беременности от 37 до 42 полных недель), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более).
- В *пункте 14* указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 года: масса тела при рождении в граммах, каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая рожденных мертвыми), дата рождения матери (число, месяц, год) и ее возраст (полных лет).
- Сведения в *пунктах 13 и 14* указываются в соответствии с медицинской документацией медицинской организации, осуществляющей наблюдение и лечение умершего ребенка.
- В *пункте 15* указываются сведения о заключении брака (семейное положение). При отсутствии документа, подтверждающего государственную регистрацию заключения брака умершего лица, либо отсутствии сведений о заключении брака, содержащихся в паспорте умершего лица, делается запись «неизвестно».
- В *пунктах 16 и 17* указываются сведения об образовании и занятости умершего лица со слов родственников.
- В *пункте 18* указываются обстоятельства смерти – смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай (не связанный с производством, связанный с производством), убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).
- Род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай, иное) указывается тот, который был установлен правоохранными ор-

ганами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

- В случае смерти военнослужащих в период прохождения военной службы по призыву или контракту (военных сборов) в медицинском свидетельстве о смерти, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление) делается дополнительная запись: «Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы». Указанная запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи медицинского свидетельства о смерти. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится.

- В **пункте 19** в случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных действий и террористических действий, при неустановленном роде смерти указывается дата (число, месяц, год) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла. В данный пункт могут быть внесены сведения полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения.

- В случае отсутствия сведений о дате травмы (отравления), а также месте и обстоятельствах, при которых она произошла, в пункте 19 делается запись «не установлено».

- В **пункте 20** указывается, кем были установлены причины смерти: врачом, только установившем смерть, лечащим врачом, фельдшером, акушеркой, врачом-патологоанатомом или врачом-судебно-медицинским экспертом – выбирается только один вариант.

- В **пункте 21** указывается ФИО медицинского работника, оформившего медицинское свидетельство о смерти, отмечается только один пункт, на основании которого была определена причина смерти.

- При внесении сведений в **пункт 22** «Причины смерти» соблюдается следующий порядок записи причин смерти:

- ✓ из заключительного клинического диагноза (после проведения вскрытия – патологоанатомического или судебно-медицинского диагноза) выбирается одна первоначальная причина смерти, которая определяется как: болезнь или травма (отравление), вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти; обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вы-

звали смертельную травму (отравление). Первоначальная причина смерти указывается в подпунктах «а» – «г» части I пункта 22:

- а) непосредственная причина смерти;
- б) патологическое состояние, которое привело к возникновению непосредственной причины смерти;
- в) первоначальная причина смерти;
- г) внешняя причина смерти при травмах (отравлениях).

- ✓ При указании последовательно развивающихся двух осложнений основного заболевания (травмы, отравления) они вносятся в строки «б» и «а» – при этом положение, записанное в строке «б», должно предшествовать развитию осложнения непосредственной причины смерти), указанного в строке «а», а в строку «в» вносится основное заболевание (первоначальная причина смерти).
- ✓ При указании одного осложнения основного заболевания (травмы, отравления) в строку «б» вносится основное заболевание (первоначальная причина смерти), в строку «а» – осложнение, являющееся непосредственной причиной смерти.
- ✓ При невозможности определения (отсутствии) осложнений основного заболевания (травмы, отравления) в строку «а» вносится первоначальная причина смерти.
- ✓ В строку подпункта «г» вносятся сведения только в том случае, если причиной смерти являются травмы и отравления.
- ✓ Вносятся прочие важные сведения, способствовавшие смерти, в том числе указываются отравление алкоголем, наркотическими средствами, психотропными и другими токсическими веществами, содержание их в крови, также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые по мнению медицинского работника, имели отношение к смерти.
- ✓ Количество записываемых состояний не ограничено.
- В **пункте 23** в случае смерти лица в течение первых 7 суток после дорожно-транспортного происшествия ставятся отметки «1» и «2», а в случае смерти от последствий указанного происшествия в течение 8–30 суток после него – отметка «1».
- В **пункт 24** вносятся сведения в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в

течение 42 дней после окончания, беременности у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности.

- В **пункте 25** медицинского свидетельства о смерти указывается фамилия, имя, отчество медицинского работника, оформившего медицинское свидетельство о смерти.
- После осуществления проверки правильности заполнения медицинского свидетельства о смерти производится отметка (число, месяц и год, фамилия, отчество) лицом, ответственным за проверку медицинских свидетельств о смерти.

Кодирование причин смерти

- Осуществляет медицинский работник, заполняющий медицинское свидетельство о смерти, в соответствии с МКБ.
- Формат записей должен соответствовать формату статистической формулировки в соответствии с МКБ.
- Код первоначально причины смерти записывается в графе «Код по МКБ» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается.
- В случае смерти от заболеваний записывается один код первоначальной причины смерти.
- В случае смерти от травм или отравлений – два кода: один – по характеру травмы (отравления), второй – внешней причины.
- Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

Пример

- **Основное заболевание:** Пневмония: пневмококковая (*Streptococcus pneumoniae* (J13.X) – бактериологическое исследование, номер, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом.
- **Осложнения основного заболевания:** Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (J96.0) (или ДН ... ст., клинически). Острое общее венозное полнокровие, петехиальные кровоизлияния в плевру, перикард. Отек легких.
- **Сопутствующие заболевания:** Постинфарктный кардиосклероз (локализация, размеры рубца). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза конкретных артерий). Лейомиома тела матки.

Медицинское свидетельство о смерти

- Часть I:
 - а) острая респираторная недостаточность (J96.0)
 - б) пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae* (J13.X)
 - в) —
 - г) —
- Часть II: —

В случае материнской смерти в качестве первоначальной причины смерти указывается

- «Материнская смерть» – смерть женщины, наступившая в период беременности или в течении 42 дней после ее окончания, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею, или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.
- «Поздняя материнская смерть» – смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период более 42 дней после родов, но менее чем 1 год после родов.

Две группы материнской смерти

- Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами – смерть в результате осложнений состояния беременности (беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин.
- Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами – смерть в результате существовавшей ранее болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной воздействием беременности.

В графе «приблизительный период между началом патологического процесса и смертью»

- Напротив каждой причины смерти указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом период, указанный в строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже.
- При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

***Если у умершего лица отсутствуют документы,
подтверждающие личность***

- В исключительных случаях для обеспечения государственной регистрации в органах записи актов гражданского состояния, если у умершего лица отсутствуют документы, подтверждающие личность, в **пункты 2, 3, 8, 9, 15** вносятся сведения со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка «со слов родственников».
- На бумажном носителе отметка «со слов родственников» ставится в правом верхнем углу и заверяется подписью руководителя (уполномоченного представителя) медицинской организации или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, и печатью (при наличии).
- В форме электронного документа отметка «со слов родственников» указывается в **пунктах 1, 3, 8, 9, 15** медицинского свидетельства о смерти.

Корешок медицинского свидетельства о смерти

- В **пунктах 1–12 корешка** записи должны полностью соответствовать записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства о смерти.
- В **пункте 13 корешка** указывается Ф.И.О., должность медицинского работника, оформившего медицинское свидетельство о смерти, ставится его подпись.
- В **пункте 14 корешка** указывается Ф.И.О. получателя. Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя, дата его получения, СНИЛС получателя, ставится подпись получателя.

Подпись медицинского свидетельства о смерти

- На бумажном носителе подписывается работником, оформившем медицинское свидетельство о смерти, и руководителем медицинской организации (иным уполномоченным лицом).
- В форме электронного документа подписывается руководителем медицинской организации (иным уполномоченным лицом в установленном законом случае) или индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

По запросу получателя после формирования медицинского свидетельства в форме электронного документа медицинская организация изготавливает документ на бумажном носителе, подтверждаю-

щий содержание медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа (бумажная копия).

Соответствие бумажной копии оригиналу должно быть удостоверено подписью руководителя медицинской организации (иного уполномоченного лица в установленном законом случае) или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, и печатью (при наличии).

Медицинское свидетельство о смерти на бумажном носителе

- Выдается получателю под расписку для государственной регистрации смерти.
- Корешок медицинского свидетельства о смерти хранится в медицинской организации.

Медицинское свидетельство в виде электронного документа

- Выдается в день его регистрации в РЭМД путем направления в личный кабинет получателя на ЕПГУ.
- В этот день получателю в личный кабинет на ЕПГУ отправляется уведомлении о выдаче медицинского свидетельства о смерти.

Оформление (формирование) медицинского свидетельства о смерти

- Пометки «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взаимен окончательного».
- Пометка **«окончательное»** – когда причина смерти считается установленной.
- Пометка **«предварительное»** – когда для установления или уточнения причина смерти необходимо произвести дополнительные исследования
- Пометка **«взамен предварительного»** – оформляется врачом судебно-медицинским экспертом или врачом-патологоанатомом после получения результатов лабораторных и других исследований в срок не позднее 45 дней после выдачи медицинского свидетельства о смерти с пометкой «предварительное».
- Пометка **«взамен окончательного»** – если было выдано свидетельств с пометкой «окончательное», но в дальнейшем причина смерти была уточнена.
- Медицинское свидетельство с пометкой «взамен предварительного» и «взамен окончательного» направляются медицинской орга-

низацией в территориальный орган Федеральной службы государственной статистики для статистического учета причин смерти ***в течение трех рабочих дней со дня их выдачи.***

- При выдаче медицинского свидетельства с пометкой «взамен предварительного» и «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи ранее выданного медицинского свидетельства о смерти.

В случае утери медицинского свидетельства о смерти, оформленного на бумажном носителе

По письменному заявлению получателя выдается медицинское свидетельство на бумажном носителе с пометкой в правом верхнем углу ***«дубликат»***, заполняемое на основании корешка медицинского свидетельства о смерти, находящегося на хранении в медицинской организации, и первичной учетной медицинской документации.

Учет выданных медицинских свидетельств о смерти, оформленного на бумажном носителе

- Учет выданных медицинских свидетельств о смерти осуществляется медицинской организацией с использованием информационной системы.
- В случае выдачи медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа учитываются сведения о серии и номере свидетельства, дате его выдачи, получателе, а также сведения, внесенные в медицинское свидетельство о смерти при его формировании.
- В случае выдачи медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе учитываются сведения о серии и номере свидетельства, дате его выдачи, получателе, а также о Ф.И.О. умершего лица и документе, удостоверяющем его личность.
- В случае отсутствия информационной системы порядок учета выданных медицинских свидетельств о смерти на бумажных носителях определяется локальным нормативным актом медицинской организации, который должен предусматривать учет сведений о серии и номере медицинского свидетельства о смерти, дате его выдачи, получателе, а также сведения о Ф.И.О. умершего лица и документе, удостоверяющем его личность.

Корешки медицинских свидетельств о смерти

- Подлежат хранению в медицинской организации по месту их выдачи ***в течение одного календарного года*** после окончания года, когда было выдано медицинское свидетельство о смерти, после чего подлежат уничтожению.
- Место хранения корешков выданных медицинских свидетельств о смерти определяется локальным нормативным актом медицинской организации.

Сведения о выдаче медицинских свидетельств о смерти

Сведения о выдаче медицинских свидетельств о смерти (дата выдачи, серия и номер, причина смерти и коды МКБ) ***вносятся в медицинскую документацию умершего*** – медицинскую карту стационарного больного или историю развития ребенка, или медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в медицинскую документацию иной формы.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Порядок выдачи медицинского свидетельства о смерти.
2. Правила заполнения медицинского свидетельства о смерти.

ТЕМА 5

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО И БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен усвоить правила взятия, фиксации и оформления направления на гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 179 от 24.03.2016 г. «О правилах проведения патологоанатомических исследований» и Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 158н от 25.03.2019 г. «О внесении изменений в Правила проведения патологоанатомических исследований, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 г. № 179н».

Биопсия (от греческого *bios* – жизнь и *opsis* – зрительное восприятие) – прижизненное иссечение тканей или органов для последующего микроскопического исследования с диагностической целью. Полученный в ходе иссечения материал называется **биоптат**.

Цели и задачи гистологического и цитологического исследования:

1. Прижизненное подтверждение и уточнение клинического диагноза.
2. Установление диагноза в клинически неясных случаях.
3. Определение стадии, этиологии, распространенности процесса.
4. Позволяет выбрать метод лечения, оценить своевременность и объем операции.
5. Позволяет судить о радикальности операции.

6. При повторных биопсиях позволяет судить о динамике заболевания, изменениях, возникающих в тканях под влиянием лечения.

Виды биопсий:

1. Интраоперационная (открытая) биопсия:
 - а) эксцизионная тотальная – полное хирургическое удаление патологически измененной ткани;
 - б) инцизионная – иссечение одного или нескольких фрагментов органа или ткани в пределах патологического процесса.
2. Эндоскопическая биопсия – взятие фрагментов ткани проводится в ходе эндоскопического обследования.
3. Пункционная биопсия (печени, почек, молочной и предстательной железы).
4. Исследование соскобов (полости матки и цервикального канала).
5. Пайпель (аспирационная) биопсия эндометрия.
6. «Случайные» биопсии – исследование фрагментов тканей, самостоятельно выделившихся у больного (при кашле, дефекации, из полости матки и т.д.).

В зависимости от сроков ответа биопсия может быть **плановой** (заключение дается через 4–7 суток после поступления материала в отделение) и **срочной** (заключение дается через 20–30 минут).

Правила взятия биопсийного материала

1. Иссечение патологически измененной ткани должно производиться в максимально возможном объеме, в пределах здоровых тканей.
2. При иссечении ткани не допускается ее травматическое повреждение.
3. При использовании электрокоагуляции патологический очаг должен быть на некотором расстоянии от линии коагуляции.
4. Нельзя забирать материал только из участков кровоизлияний или некроза.
5. Немедленная фиксация материала.
6. При невозможности немедленной фиксации, для предупреждения высыхания материала, сразу после иссечения биоптат помещают в смоченную физиологическим раствором салфетку или герметически закрытую посуду.
7. При взятии материала из разных участков каждый фрагмент маркируется отдельно.

8. Участок, требующий особенно пристально изучения, должен быть прошит по периферии кисетным швом нитью контрастного цвета, о чем делается пометка в бланке направления на исследование.
9. О необходимости выполнения срочной биопсии (экспресс-биопсии) заведующий ПАО должен быть предупрежден заранее.
10. Фиксированный биоматериал доставляется в патологоанатомическое отделение в срок до 1 суток.
11. Материал доставляется на исследование в ПАО полном объеме. Категорически запрещается делить материал на части и направлять в разные ПАО. Фрагментация материала не позволяет составить цельного представления о характере процесса и может служить причиной диагностических ошибок.
12. Подсохший, загнивший, замороженный материал на исследование не принимается, о чем ставится в известность заведующий ПАО.
13. Ответственность за правильность оформления направления, фиксацию и доставку биоматериала несет заведующий клиническим отделением, откуда поступает материал.

Требования к фиксации материала

Выбор фиксатора определяется характером материала и целью его исследования. Наиболее универсальным фиксатором, традиционно используемым в ЛПУ, является 10–12% раствор нейтрального (рН 7,4) формалина. Использование раствора большей или меньшей концентрации ведет соответственно к «задубливанию» или гниению материала.

Объем фиксирующего раствора должен не менее чем в 2–3 раза превышать объем фиксируемой ткани. Запрещается применение фиксаторов, не согласованных с патологоанатомическим отделением (лабораторией).

Правила маркировки материала, доставляемого на гистологическое исследование

Доставляемый на исследование материал должен быть тщательно маркирован. Бирка из плотного картона или клеенки с указанием Ф.И.О. больного, № истории болезни, названия отделения и ЛПУ наклеивается на емкость, в которой доставляется материал.

На каждый из объектов врач, назначивший исследование, оформляет специальный бланк – направление, доставляемый в ПАО одновременно с объектом.

Правила заполнения направления на гистологическое исследование

Материал для патоморфологического исследования доставляется в ПАО (лабораторию) с «Направлением на морфологическое исследование биопсийного (операционного) материала» (форма 014/у), порядок и форма ведения которого устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации. Направление заполняется в двух экземплярах лечащим врачом или врачом, осуществляющим забор материала для исследования.

В направлении лечащий врач четко указывает:

1. Дату и час взятия материала.
2. Наименование ЛПУ, отделения.
3. Ф.И.О., пол, возраст пациента.
4. Вид биопсии (в том числе первичная или вторичная, при повторной биопсии отметить номер и дату первичной биопсии).
5. Вид операции.
6. Вид и характер объектов, их маркировку.
7. Клинические данные: продолжительность заболевания, основные результаты клинико-лабораторных, рентгенологических и других методов исследования, проведенное лечение.
8. При наличии опухоли указывают точную локализацию, связь с окружающими тканями, размеры, консистенцию, темп роста, наличие участков распада и кровоизлияний, состояние региональных лимфатических узлов.
9. При подозрении на лимфопролиферативное заболевание – развернутый анализ крови, состояние печени, селезенки, лимфоузлов.
10. При направлении соскобов цервикального канала и эндометрия – характер менструального цикла, при наличии менопаузы или аменореи – их длительность; отмечают прием контрацептивов, анамнестические данные о родах, абортах, ВМС.
11. Данные предыдущих исследований (позволяют оценить динамику процесса, наличие обострения, малигнизации).
12. Развернутый клинический диагноз.
13. Ф.И.О. лечащего врача.
14. Подпись лечащего врача.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Цели и задачи гистологического и цитологического исследования.
2. Виды биопсий.
3. Правила взятия биопсийного материала.
4. Требования к правильной фиксации материала.
5. Правила маркировки материала.
6. Правила заполнения направления на гистологическое исследование.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник для студентов медицинских вузов / А. И. Струков, В. В. Серов; ред. В. С. Пауков. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 880 с. – ISBN 978-5-9704-6139-6. – Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL:<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html> (дата обращения: 27.08.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.
2. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации / Г. А. Франк, О. В. Зайратьянц, П. Г. Мальков, Л. В. Кактурский / Российское общество патологоанатомов. – М.: Практическая медицина, 2016. – 20 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА 1. Организация патологоанатомической службы Российской Федерации. Патологоанатомическое вскрытие	3
ТЕМА 2. Патологоанатомический диагноз	13
ТЕМА 3. Сравнение клинического и патологоанатомического диагнозов. Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев: комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольные комиссии, клинико-анатомические конференции	22
ТЕМА 4 Оформление медицинского свидетельства о смерти	28
ТЕМА 5. Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала	44
Рекомендуемая литература	49

Учебное издание

**Марина Викторовна Завьялова, Сергей Владимирович Вторушин,
Игорь Леонидович Пурлик, Юрий Михайлович Падеров,
Надежда Валерьевна Крахмаль, Надежда Семеновна Телегина,
Виктория Евгеньевна Попова, Александр Васильевич Завьялов,
Александра Алексеевна Андрейченко, Маргарита Петровна Колчина**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

для студентов лечебного и педиатрического факультетов

Редактор Коломийцев А.Ю.
Технический редактор Коломийцева О.В.
Обложка Гончаров С.Б.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 25.12.2024

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 9,1. Авт. л. 3,3.

Тираж 100 экз. Заказ № 39

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru